

PÓLIZA SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES CON ANEXOS DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO O INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL, ENFERMEDADES GRAVES Y COMPRA PROTEGIDA (GRUPO 1) – CLIENTES TARJETA EXITO CONDICIONES PARTICULARES

Señor asegurado, CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A. (“CARDIF”) lo invita a conocer las condiciones del seguro adquirido por usted:

1. COBERTURAS

1.1. MUERTE POR CUALQUIER CAUSA

¿Cuál es el objetivo de esta cobertura?

Reconocer a favor del beneficiario la suma asegurada, en aquellos casos en los cuales el asegurado muera por cualquier causa.

¿Qué características tiene esta cobertura?

- El asegurado debe fallecer dentro de la vigencia de la póliza.
- Incluye suicidio y homicidio desde el inicio de vigencia de la póliza.
- Se requiere que exista un saldo insoluto en la deuda del crédito otorgado por TUYA S.A. para que se pueda proceder a realizar la respectiva indemnización.
- Las enfermedades preexistentes que hayan sido conocidas o diagnosticadas con anterioridad a la fecha de inicio de la cobertura, o a la fecha de incorporación del asegurado, según corresponda para aquellos casos en los que el valor asegurado sea superior a ciento cincuenta salarios mínimos legales mensuales vigentes (150 SMLMV) y siempre y cuando el asegurado sea menor de noventa (90) años.

1.2. INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE

¿Cuál es el objetivo de esta cobertura?

Reconocer a favor del beneficiario la suma asegurada, en aquellos casos en que el asegurado sufra una incapacidad total permanente a consecuencia de una enfermedad, accidente o lesión. Esta incapacidad deberá estar sustentada en un dictamen de calificación de invalidez emitido por la EPS o ARL, Colpensiones, Junta Regional o Nacional de Calificación de Invalidez y el cual deberá ser mayor o igual al cincuenta por ciento (50%).

¿Qué características que tiene esta cobertura?

- Al momento de presentarse la reclamación, se considerará como fecha de ocurrencia del siniestro, la fecha determinada en el momento en que la persona evaluada alcance el cincuenta por ciento (50 %) de pérdida de la capacidad laboral u ocupacional.
- Esta incapacidad deberá soportarse en la historia clínica, los exámenes clínicos y los exámenes de ayuda diagnóstica los cuales puedan corresponder a antes o después de la fecha de la declaratoria de la pérdida de la capacidad laboral.
- Se incluye VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) y terrorismo desde el inicio de la vigencia de la póliza.
- Incluye tentativa de suicidio y homicidio desde el momento mismo en que se inicia la cobertura individual para cada asegurado, adicionalmente la desmembración o inutilización por accidente o por enfermedad.
- Las enfermedades preexistentes que hayan sido conocidas o diagnosticadas con anterioridad a la fecha de inicio de la cobertura, o a la fecha de incorporación del asegurado, según corresponda para aquellos casos en los que el valor asegurado sea superior a ciento cincuenta salarios mínimos legales mensuales vigentes (150 SMLMV) y siempre y cuando el asegurado sea menor de noventa (90) años.

1.3. DESEMPLEO INVOLUNTARIO

¿Cuál es el objetivo de esta cobertura?

Reconocer una indemnización en caso en que el asegurado sea despedido o pierda su empleo sin justa causa.

¿Qué Características tiene esta cobertura?

- Usted debió haber tenido un contrato a término fijo o indefinido con su empleador
- Haber completado más de 6 meses o 180 días continuos trabajando. En casos de cambio de empleo, se tendrá en cuenta el término de 6 meses o 180 días continuos siempre y cuando el cambio de un empleo a otro no supere 8 días calendario y el asegurado no haya sido despedido del primero de dichos empleos.
- Al momento de la terminación de su relación laboral, se le debió haber reconocido el pago de una bonificación o indemnización
- Una vez presentada una reclamación por desempleo deben transcurrir nuevamente 6 meses como empleado para poder presentar una nueva reclamación.

¿A quiénes ampara esta cobertura?

(i) Empleados, (ii) personas con vinculación laboral a término fijo y cuyo contrato haya finalizado antes del término inicialmente establecido, siempre y cuando esta terminación no dependa de la voluntad del asegurado y no exista justa causa en la terminación, (iii) las personas vinculadas a cooperativas de trabajo asociado o a empresas de servicios temporales a través de contrato a término indefinido cuya terminación se dé sin justa causa, (iv) personas vinculadas a cooperativas de trabajo asociado o a empresas de servicios temporales a través de contrato a término fijo cuya terminación se dé antes del término inicialmente pactado, (v) personas con cargos en carrera administrativa, servidores públicos o de libre nombramiento y remoción, cuyo retiro no haya sido generado por el asegurado y se encuentre contenido en un acto administrativo, (vi) los despidos masivos con o sin autorización del ministerio de trabajo, (vii) pensionados que reciban un ingreso adicional a su mesada pensional en virtud de una nueva vinculación laboral a través de las modalidades de contratación amparadas bajo esta cobertura y (viii) personas vinculadas bajo la modalidad de contrato por obra o labor que hayan trabajado un año bajo este tipo de contrato y que al momento de la terminación hayan recibido el pago de una bonificación o indemnización.

¿Qué situaciones o eventos no ampara esta cobertura (exclusiones)?

(i) Renuncia, (ii) despido con justa causa, (iii) muerte del asegurado, (iv) expiración del término establecido en el contrato a término fijo, (v) contratos por obra o labor inferiores a un año, (vi) suspensión del contrato de trabajo, (vii) contratos finalizados durante o al momento de finalización del periodo de prueba, (viii) relaciones laborales celebradas en el exterior, ejecutadas total o parcialmente y finalizadas en el exterior, (ix) por mutuo consentimiento entre el trabajador y el empleador sin que se efectuó pago alguno de bonificación o suma alguna, (x) contratos de aprendizaje, (xi) cualquier contrato diferente a los enunciados en la cobertura de desempleo, (xii) despidos que no impliquen el reconocimiento de una indemnización o bonificación, (xiii) no se incluyen en este amparo personas cubiertas bajo el amparo de incapacidad total temporal, (ix) trabajadores de su propia empresa, (x) pensionados que no perciban un ingreso adicional a su mesada pensional y (xi) trabajadores independientes.

1.4. INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL

¿Cuál es el objetivo de esta cobertura?

Reconocer a favor del beneficiario la suma asegurada en caso de sufrir un accidente o enfermedad que le impida al asegurado realizar sus actividades y sea incapacitado total y temporalmente.

¿Qué Características tiene esta cobertura?

- La certificación de la incapacidad debe ser emitida por el médico de la EPS, régimen subsidiado de salud,

ARL, medicina prepagada, plan adicional o complementario de salud o póliza de salud a la cual el asegurado se encuentre afiliado o médico independiente licenciado en Colombia.

- La incapacidad debe tener una duración igual o superior a quince (15) días corrientes continuos y siempre y cuando esta incapacidad no haya sido causada por su propia voluntad.
- La indemnización se realizará de acuerdo con la siguiente tabla de días de incapacidad:

DÍAS DE INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL CERTIFICADA	# DE CUOTAS MENSUALES A APLICAR
DESDE 15 – HASTA 44 DÍAS CALENDARIO CONSECUTIVOS	1
DESDE 45 – HASTA 74 DÍAS CALENDARIO CONSECUTIVOS	2
DESDE 75 – HASTA 104 DÍAS CALENDARIO CONSECUTIVOS	3
DESDE 105– 134 DÍAS CALENDARIO CONSECUTIVOS	4
DESDE 135 - 164 DÍAS CALENDARIO CONSECUTIVOS	5
DESDE 165 - 194 DÍAS CALENDARIO CONSECUTIVOS	6
DESDE 195 - 224 DÍAS CALENDARIO CONSECUTIVOS	7
DESDE 225 - 254 MÁS DÍAS CALENDARIO CONSECUTIVOS	8
DESDE 255 - 284 DÍAS CALENDARIO CONSECUTIVOS	9
DESDE 285 O MÁS DÍAS CALENDARIO CONSECUTIVOS	10

Importante: Si el asegurado presenta una nueva incapacidad total temporal dentro de los 60 días siguientes a la incapacidad reportada previamente; ésta se considera como una recaída y se tomará como parte del primer evento de acuerdo con la tabla de días de incapacidad. Lo anterior, siempre y cuando la nueva incapacidad tenga relación directa de causalidad con la patología que originó la incapacidad reportada previamente.

Si usted como asegurado presenta una nueva incapacidad total temporal después de transcurridos 60 días desde la última incapacidad total temporal reportada, la nueva incapacidad se tomará como un nuevo evento.

¿A quiénes ampara esta cobertura?

- La cobertura de Incapacidad aplica únicamente para independientes; es decir, ampara a toda persona que realice una actividad económica o preste sus servicios profesionales de manera personal por su cuenta y riesgo, y que NO se encuentre vinculado a un empleador mediante (i) vinculación laboral a término indefinido, (ii) término fijo, (iii) empleados públicos de libre nombramiento y remoción o (iv) personas vinculadas a una cooperativa de trabajo asociado o empresa de servicios temporales a través de contrato de trabajo a término fijo o indefinido.
- Esta cobertura cubre también a (i) amas de casa, (ii) estudiantes, (iii) pensionados, (iv) personas contratadas bajo la modalidad de prestación de servicios, (v) personas contratadas bajo la modalidad de contratos en misión, (vi) personas contratadas bajo la modalidad de contratos por obra o labor, (vii) microempresarios.

¿Qué personas, situaciones o eventos no ampara esta cobertura (exclusiones)?

- Licencias de maternidad o licencias de paternidad
- Los integrantes de las fuerzas militares y de policía.
- Personas cubiertas bajo el amparo de desempleo.
- Los eventos o situaciones generados como consecuencia de Intento de suicidio.
- Las enfermedades preexistentes que hayan sido conocidas o diagnosticadas con anterioridad a la fecha de inicio de la cobertura, o a la fecha de incorporación del asegurado, según corresponda para aquellos casos en los que el valor asegurado sea superior a ciento cincuenta salarios mínimos legales mensuales vigentes (150 SMLMV) y siempre y cuando el asegurado sea menor de noventa (90) años.

1.5. ENFERMEDADES GRAVES

¿Cuál es el objetivo de esta cobertura?

Reconocer una suma asegurada para cubrir todas las necesidades en el caso en que al asegurado (“usted”) le sea diagnosticado o se le manifieste por primera vez alguna de las siete (07) enfermedades graves o los procedimientos que se mencionan a continuación. Por favor tenga en cuenta que cualquier enfermedad o procedimiento distinto al enunciado no estará cubierto:

Importante:

Las siguientes enfermedades y/o procedimientos deben estar certificados por un médico de la EPS, régimen subsidiado de salud, ARL, plan adicional de salud o póliza de salud a la cual el asegurado (“usted”) se encuentre afiliado o por un médico independiente licenciado en Colombia.

1.5.1. Cáncer

Se cubrirá el cáncer a partir de la demostración de la presencia de una neoplasia maligna de acuerdo con la definición y demostración que se señala a continuación:

Se entiende por Cáncer, la enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno, caracterizado por alteraciones celulares morfológicas y cromosómicas de crecimiento y expansión incontrolado y la invasión local y destrucción directa de tejidos, o metástasis; o grandes números de células malignas en los sistemas linfáticos o circulatorios. Incluye entre ellos los diversos tipos de linfomas y la enfermedad de Hodgkin. El diagnóstico deberá ser realizado por un médico licenciado en Colombia, basado en la historia clínica del paciente y confirmado por un diagnóstico histopatológico (“biopsia”) que confirme positivamente la presencia de un cáncer.

Cabe resaltar que esta cobertura está limitada únicamente a la primera manifestación u ocurrencia de cáncer durante la vigencia de la póliza, esto incluye las metástasis de esta primera manifestación. Cualquier manifestación u ocurrencia de cáncer posterior a la primera reclamación realizada a CARDIF no será cubierta por este seguro.

¿Qué situaciones o eventos no ampara esta cobertura (exclusiones)?

- (i) Leucemia linfocítica, (ii) Cánceres de piel, con excepción del melanoma maligno, (iii) todos los tumores descritos histológicamente como benignos, premalignos con potencial bajo de malignidad, o no invasivos, (iv) todas las lesiones descritas como carcinoma “in situ”, (v) virus del papiloma humano, (vi) condilomas planos, (vii) displasias cervicales NIC I, NIC II y NIC III y (viii) las siguientes enfermedades específicas: policitemia vera y trombocitopenia esencial, (ix) todos los tumores de próstata, al menos que sean clasificados histológicamente por la escala de “Gleason” con un grado menor a 6, o que hayan progresado al menos a la clase t2n0m0 según la clasificación de AJCC sexta edición clasificación TMN, (x) cualquier tipo de cáncer en presencia de la infección VIH que sea certificado por un médico licenciado en Colombia, incluyendo el linfoma o sarcoma de Kaposi, (xi) melanomas delgados con reporte de patología mostrando niveles de Clark menores de III o un grosor menor a 1.0 mm, según la clasificación de Breslow, (xii) el cáncer de tiroides temprano con un diámetro menor de 1.0 cm. e histológicamente

descrito como T1 por la sexta edición de AJCC clasificación TMN, siempre y cuando no exista metástasis y (xiii) cáncer temprano localizado en la vejiga que sea histológicamente descrito por la sexta edición de AJCC clasificación TMN como tal o una clasificación equivalente siempre y cuando no exista metástasis.

- Todo tipo de cáncer que sea una recurrencia o metástasis de un tumor presentado por primera vez dentro del período de carencia.

1.5.2. Infarto del miocardio.

Es la muerte o necrosis de una porción del músculo cardíaco, como resultado del inadecuado suministro de flujo sanguíneo al área correspondiente como consecuencia de un aporte deficiente a la zona respectiva.

El diagnóstico debe ser inequívoco y respaldado por una hospitalización cuyo registro indique un infarto del miocardio dentro de un plazo de setenta y dos horas (72) horas antes de dicha hospitalización, que presente:

- Cambios nuevos, relevantes y caracterizados en el electrocardiograma EKG.
- Aumento del diagnóstico de las enzimas cardíacas.

El infarto del miocardio que ocurre dentro de los catorce (14) días posteriores a cualquier procedimiento de intervención de las arterias coronarias, angioplastia coronaria o cirugía de derivación coronaria, será cubierto con nuevas ondas en el electrocardiograma o nuevos movimientos anormales cardíaca solamente si ha resultado mostrados en las imágenes cardíacas treinta (30) días después del procedimiento coronario permanentes de la pared mostrados en las imágenes cardíacas treinta (30) días después del procedimiento coronario.

¿Qué situaciones o eventos no ampara esta cobertura (exclusiones)?

- (i) La insuficiencia cardíaca, (ii) dolor torácico no cardíaco, (iii) angina, (iv) angina inestable, (v) miocarditis, pericarditis y (vi) lesión traumática al miocardio.

1.5.3. Cirugía de bypass coronario.

Es la cirugía de una o más arterias coronarias con el fin de corregir su estrechamiento o bloqueo, por medio de una revascularización by-pass, realizada posteriormente a los síntomas de angina de pecho.

Importante: La enfermedad y la cirugía de by pass coronario deben diagnosticarse y llevarse a cabo dentro de la vigencia de la presente póliza.

¿Qué situaciones o eventos no ampara esta cobertura (exclusiones)?

Se encuentran excluidos de la cobertura los siguientes tratamientos, cirugías y/o procedimientos:

- La angioplastia de globo y otras técnicas que no requieren cirugía.
- La angioplastia coronaria transluminal percutánea (ACTP), cateterismo cardíaco, tratamiento con rayo láser, cuchilla rotatable, el stenting y otras técnicas de cateterismos intra-arteriales.
- Así mismo, está excluida la cirugía de derivación de las arterias coronarias por laparoscopia.

1.5.4. Enfermedad cerebro – vascular.

Corresponde a la embolia cerebral que es definida como un incidente cerebrovascular que tiene por resultado la muerte irreversible del tejido cerebral debido a una hemorragia intracraneal, o debido a un embolismo o trombosis en un vaso intracraneal. La hemorragia subaracnoidea también está cubierta bajo esta definición.

La enfermedad que consiste en la suspensión brusca y violenta de las funciones cerebrales fundamentales, que produce secuelas neurológicas que duran más de veinticuatro (24) horas y que son de naturaleza permanente. Esto incluye el infarto de tejido cerebral, la hemorragia intra-craneal o subaracnoidea, y la embolia de una fuente

extra-craneal. El diagnóstico debe ser inequívoco y respaldado por una hospitalización cuyo registro indique una lesión cerebral "de tipo vascular", dentro de un plazo de setenta y dos (72) horas antes de dicha hospitalización.

¿Qué situaciones o eventos no ampara esta cobertura (exclusiones)?

- No se considerarán dentro de la cobertura los síntomas cerebrales de (i) migraña, (ii) lesión cerebral causada por un traumatismo o hipoxia, (iii) una enfermedad vascular que afecte al ojo o al nervio óptico, (iv) las alteraciones isquémicas del sistema vestibular, (v) los accidentes cerebro vasculares post-traumáticos.
- Ataques isquémicos transitorios (AIT).
- Daño cerebral debido a un trauma o lesión, infección, vasculitis, enfermedad inflamatoria o migraña.
- Trastornos de los vasos sanguíneos que afecten la vista, incluyendo infarto del nervio óptico o retina.
- Trastornos isquémicos del sistema vestibular.
- Embolia cerebral silente asintomática encontrada en imágenes.

1.5.5. Insuficiencia renal crónica.

La enfermedad que se presenta en su etapa final como el estado crónico e irreversible del funcionamiento de ambos riñones, que hace necesario regularmente la diálisis renal o el trasplante renal.

La insuficiencia total, crónica e irreversible de ambos riñones o la continua diálisis renal de dos tipos (i) hemodiálisis o (ii) diálisis peritoneal, deberá ser institucionalizada y considerada médicamente necesaria, por un nefrólogo certificado.

¿Qué situaciones o eventos no ampara esta cobertura (exclusiones)?

- La insuficiencia renal aguda reversible con diálisis renal temporaria así como la insuficiencia renal singular.

1.5.6. Esclerosis múltiple

Para los efectos de esta cobertura se entiende por esclerosis múltiple la enfermedad desmielinizante del sistema nervioso central, cuyo diagnóstico inequívoco realizado por un neurólogo confirme al menos anomalías moderadas neurológicas persistentes, producidas por la degeneración del tejido neural esclerosado, evidenciadas por síntomas típicos de afectación de las funciones sensoriales y motoras y cuya progresión haya producido deterioro incapacitante significativo en las funciones básicas y esenciales para la independencia, pero que no lleven necesariamente al asegurado a una silla de ruedas en forma permanente.

¿Qué situaciones o eventos no ampara esta cobertura (exclusiones)?

- Se excluyen otras causas de daño neurológico como lupus eritematoso sistémico o infecciones por virus de inmunodeficiencia humana.

1.5.7. Trasplante de órganos mayores:

Para los efectos de esta cobertura se entiende por trasplante de un órgano vital el que se vaya a realizar o se haya realizado el asegurado como receptor del trasplante de un órgano proveniente de un donante humano fallecido o vivo, para los siguientes órganos: (i) corazón, (ii) pulmón, (iii) hígado, (iv) riñón, (v) médula ósea o (vi) páncreas, siempre y cuando el órgano del asegurado esté o haya estado lesionado o enfermo. Por trasplante de médula ósea se entiende la recepción de un trasplante de médula ósea humana utilizando células madre hematopoyéticas precedido por ablación total de médula ósea.

Importante:

Será requisito indispensable para el pago de la indemnización:

- Que el asegurado notifique previamente y por escrito a la compañía aseguradora el hecho de ser definido

como candidato a trasplante por la institución hospitalaria o reguladora correspondiente y antes de que el trasplante se realice. Una vez que la compañía aseguradora ha sido notificada de este hecho sólo podrá poner término al contrato del asegurado que se encuentre en dicha situación si este incurriere en alguna causal legal que así lo permita.

- En el caso que ya ha realizado el trasplante, este deberá ser certificado por el médico que lo practicó, quien debe poseer licencia permanente y válida para practicar la medicina y esta clase de intervenciones quirúrgicas.
- La enfermedad que da lugar al trasplante de órganos mayores debe diagnosticarse dentro de la vigencia de la presente póliza.
- El trasplante de órgano del cual sea candidato o ya se haya practicado el asegurado, deberá ejecutarse de acuerdo con las normas de donación y trasplante de órganos establecidos en Colombia.
- Los documentos presentados por el asegurado en su reclamación, deberán contener los soportes médicos respectivos.

¿Qué situaciones o eventos no ampara esta cobertura (exclusiones)?

- La cobertura sólo comprende el trasplante de todo el órgano descrito en el presente amparo y no de fracciones o partes de éste, por lo que en el caso del páncreas se excluye el trasplante de islotes de Langerhans y glóbulos hepáticos o pulmonares.
- Trasplante autólogo de medula.

Otras exclusiones aplicables a la cobertura de enfermedades graves

- Tentativa de suicidio, lesiones, padecimientos o enfermedades intencionalmente causadas o auto infligidas, ya sea en estado de cordura o incapacidad mental.
- Intoxicación o encontrarse el asegurado en estado de ebriedad, o bajo los efectos de cualquier narcótico a menos que hubiese sido administrado por prescripción médica. Estos estados deberán ser calificados por la autoridad competente.
- Lesiones corporales causadas por eventos externos, bien sean éstos de carácter violento o accidental.
- En ningún caso la compañía aseguradora pagará una enfermedad que sea consecuencia, complicación o secuela de una enfermedad que haya sido conocida o diagnosticada al momento de la fecha de inicio de vigencia o de la toma o durante el periodo de carencia de la presente póliza, independientemente del tiempo transcurrido desde su primer diagnóstico.
- Se excluyen diagnósticos repetidos durante la vigencia de la póliza.
- Las enfermedades preexistentes que hayan sido conocidas o diagnosticadas con anterioridad a la fecha de inicio de la cobertura, o a la fecha de incorporación del asegurado, según corresponda para aquellos casos en los que el valor asegurado sea superior a ciento cincuenta salarios mínimos legales mensuales vigentes (150 SMLMV) y siempre y cuando el asegurado sea menor de noventa (90) años.

Importante:

- Para créditos rotativos y no rotativos se extiende la cobertura a las siguientes enfermedades: (i) quemaduras graves, (ii) traumatismo mayor de cabeza, (iii) enfermedad de alzheimer, (iv) enfermedad de parkinson, (v) estado de coma (vi) anemia aplastica, (vii) cáncer, (viii) infarto al miocardio, (ix) cirugía bypass coronario, (x) enfermedad cerebro vascular, (xi) insuficiencia renal crónica, (xii) esclerosis múltiple, (xiii) trasplante de órganos.

1.6. COMPRA PROTEGIDA

¿Cuál es el objetivo de esta cobertura?

Reconocer a favor del beneficiario hasta el límite de la suma asegurada, sí el asegurado es víctima de un hurto calificado en el cual pierda el bien adquirido o sí el bien se daña de manera accidental.

¿Cuáles características tiene esta cobertura?

- Esta cobertura aplica para los productos línea blanca y línea marrón, adquiridos con la tarjeta de crédito o para productos de línea blanca o marrón que hayan sido fiados.
- En caso de hurto calificado se cubre el apoderamiento del producto por medios violentos, fuerza o intimidación dentro de la residencia del asegurado.
- En caso de daño accidental se cubren los bienes que se dañen de manera accidental.
- La duración de la cobertura para hurto calificado se extenderá hasta máximo dos (02) horas después de la compra del bien.
- En caso de hurto calificado del bien, el valor pagado por este se abonará al saldo adeudado en el producto financiero.
- Los objetos como Ipads y Tablets, se cubren por esta cobertura cuando se presenta un hurto calificado del mismo, sin embargo los daños accidentales que sufran no serán cubiertos.
- La duración de la cobertura para daño accidental se extenderá hasta máximo sesenta (60) días después de la fecha en que se haya realizado la compra del bien.
- Este amparo cubre bienes tales como ropa, zapatos, juguetes entre otros.
- El hecho descrito en esta cobertura debe ocurrir durante la vigencia del seguro.
- La cobertura para bienes adquiridos por medios electrónicos, aplicará a partir de que se efectúe el envío del bien al asegurado.
- Se cubrirá 1 evento al año.
- Sólo se pagará el valor asegurado

¿Qué situaciones o eventos no ampara la cobertura de Compra Protegida (exclusiones)?

i) Daño malintencionado generado por el asegurado y/o familiares de este, ii) mal uso del bien adquirido, como consecuencia del no cumplimiento de las instrucciones del fabricante acerca del mismo, iii) pérdidas por defectos de fábrica, iv) defectos inherentes al bien adquirido, v) la actuación poco prudente de parte del asegurado a efectos de prevenir el daño o el hurto calificado o agravado del bien adquirido, vi) por robo del bien adquirido al dejarlo sin atención alguna en lugares públicos, vii) daños causados por animales, viii) daños causados al bien durante su transporte aéreo, marítimo y/o terrestre, x) reclamaciones sin prueba de compra, xi) hurto simple, extravío o desaparición misteriosa, xii) daños causados por uso normal o el deterioro debido a erosión, corrosión y/o humedad, xiii) daños cosméticos, xiiii) cualquier acto ilegal cometido por el asegurado, y xiv) reclamaciones falsas o fraudulentas.

Quedan excluidos de esta cobertura los siguientes aparatos: a) ipods, teléfonos celulares, agendas electrónicas b) joyas; relojes; piedras preciosas, c) obras de arte, d) vehículos motorizados, e) mascotas y plantas, f) artículos consumibles como bebidas, perecederos, entre otros., g) tiquetes de aerolíneas, h) artículos de segunda, i) dinero.

Importante:

- En la cobertura de compra protegida, se cubren los objetos como Ipads y tabletas en caso de hurto calificado y siempre y cuando éste ocurra durante las dos (02) horas siguientes a la compra, sin embargo cuando se presente un daño accidental de estos, el mismo no será cubierto.

2. EXCLUSIONES.

- Actos delictivos o contravencionales de acuerdo a la ley penal, en los que participe directa o indirectamente el asegurado, actos terroristas, conmociones civiles, asonadas, disturbios, guerra declarada o no y actividades peligrosas como la manipulación de armas de fuego.
- Enfermedades, lesiones, tratamientos médicos o padecimientos que hayan sido conocidos o diagnosticados con anterioridad a la fecha de inicio del presente seguro, así como, cualquier procedimiento realizado por un médico no licenciado en Colombia.
- Accidentes ocurridos con anterioridad a la fecha de inicio del presente seguro.

- Participación en carreras, apuestas, competencias y desafíos que sean remunerados o sean la ocupación principal del asegurado.
- Cualquier condición relacionada con el síndrome de inmunodeficiencia humana (sida) o virus de inmunodeficiencia humana, excepto para las coberturas de Muerte por Cualquier Causa e Incapacidad Total Permanente.
- Tratamientos por adicción a drogas o alcoholismo.
- Accidentes o lesiones padecidos por el asegurado bajo el efecto del alcohol o drogas psicoactivas o enervantes.
- Accidentes ocurridos con anterioridad a la fecha de inicio del presente seguro.
- El uso de cualquier aeronave en calidad de piloto, estudiante de pilotaje, mecánico de vuelo o miembro de la tripulación.
- Participación en las siguientes actividades o deportes: pasajero en aviación privada, paracaidismo, alas delta, parapente, bungee jumping, alpinismo, escalada, motociclismo, artes marciales, boxeo, lucha, rodeo, rugby, equitación y polo.
- Hechos, eventos o acontecimientos conocidos u ocurridos antes del inicio de vigencia del seguro
- Hechos ciertos
- Lesiones corporales causadas por eventos externos, bien sean éstos de carácter violento o accidental.
- Padecimientos congénitos, anomalías congénitas como los aneurismas, y los trastornos que sobrevengan por tales anomalías o se relacionen con ellas.
- Tratamientos médicos o quirúrgicos distintos de los necesarios a consecuencia de lesiones o enfermedad cubiertas por esta póliza.
- Los tratamientos estéticos, plásticos, dentales, ortopédicos y otros tratamientos que sean para fines de embellecimiento o para corregir malformaciones producidas por enfermedades o accidentes anteriores a la fecha de entrada en vigencia de la presente póliza.
- Radiaciones ionizantes o contaminación por radioactividad de combustible nuclear o de cualquier residuo nuclear producido por combustión de combustible nuclear, radioactividad, tóxico, explosivo o cualquier otra propiedad peligrosa de un explosivo nuclear o de sus componentes.
- Lesión, enfermedad o tratamiento causado por ingestión voluntaria de somníferos, barbitúricos, drogas y demás sustancias de efectos análogos o similares.
- Hechos ciertos

3. DEFINICIONES

Para la comprensión del contenido del presente seguro, por favor preste atención a las siguientes definiciones:

ASEGURADO: En este seguro la persona asegurada será el titular del producto financiero.

BENEFICIARIO: Persona a la que se le paga el valor asegurado en caso de reclamación.

Para la cobertura de Muerte por Cualquier Causa, Incapacidad Total Permanente, Anexo de Desempleo Involuntario, Anexos de Incapacidad Total Temporal, Anexo de Enfermedades Graves: TUYA S.A.

Para el Anexo de Compra Protegida: El Asegurado.

En caso de remanente, la indemnización será entregada por CARDIF de la siguiente manera: (i) En caso de Muerte por Cualquier Causa el remanente se entrega a los beneficiarios designados o en su defecto a los de ley. (ii) Para las coberturas de Incapacidad Total Permanente, Anexo de Desempleo Involuntario, Anexos de Incapacidad Total Temporal, Anexo de Enfermedades Graves el remanente se entrega directamente al Asegurado.

EDAD MÍNIMA DE INGRESO: Edad a partir de la cual una persona puede contratar el presente seguro.

EDAD MÁXIMA DE INGRESO: Edad hasta la cual una persona puede contratar el presente seguro.

EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA: Edad hasta la cual una persona puede permanecer asegurada en el presente seguro. Es importante tener en cuenta que una vez cumplida la edad máxima de permanencia, el

presente seguro se dará por terminado.

EXCLUSIONES: Hechos, situaciones o condiciones no cubiertos por el seguro.

HURTO CALIFICADO: Apropiarse de los bienes ajenos a través de la fuerza sobre la cosa o la intimidación o violencia sobre las personas.

HURTO SIMPLE: Apropiarse de los bienes ajenos sin utilizar la fuerza ni violencia sobre las personas o cosas

INTIMIDACIÓN: Amenaza física.

LINEA BLANCA: Calentadores, neveras, lavadoras, secadoras, hornos microondas, estufas, campanas extractoras, pequeños aparatos electrodomésticos de cocina como son licuadoras, sandwicheras, exprimidores, batidoras, cafeteras, ollas arroceras y ayudantes de cocina, entre otros.

LÍNEA MARRÓN: Televisores, equipos de sonido, reproductor de DVD'S, CD'S y BLURAY y teatros en casa.

METÁSTASIS: Es la propagación de un foco canceroso a un órgano distinto al de su origen.

NEOPLASIA MALIGNA: Células anormales que se multiplican sin control y pueden invadir los tejidos cercanos.

PERIODO DE CARENCIA: Para iniciar las coberturas del presente seguro, será necesario que el asegurado cumpla un periodo de permanencia mínimo en la póliza. Este periodo comienza desde la adquisición del seguro hasta el vencimiento del número de días establecidos como periodo de carencia. Lo anterior quiere decir que si durante este lapso se presenta un siniestro no tendrá cobertura.

PRIMA: Precio del seguro.

SINIESTRO: Ocurrencia de los sucesos amparados en la póliza.

TOMADOR: Persona que por cuenta propia o ajena traslada un riesgo.

4. EVENTOS A RECONOCER POR COBERTURA:

- Para la cobertura de Muerte por Cualquier Causa e Incapacidad Total Permanente: Se reconoce un Único Evento.
- Para la cobertura de Anexo de Desempleo Involuntario: Se reconoce un número ilimitado de eventos durante la vigencia del seguro.
- Para la Cobertura de Incapacidad Total Temporal: Se reconoce un número ilimitado de eventos durante la vigencia de la póliza según la tabla de incapacidad.
- Para la Cobertura de Anexo de Enfermedades Graves: Para créditos rotativos y no rotativos se reconoce un evento por el primer diagnóstico o el primer procedimiento de cada una de las 13 enfermedades cubiertas.
- Para el Anexo de Compra Protegida: un (1) evento al año.

5. EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA PARA TODAS LAS COBERTURAS.

- Edad mínima de ingreso: 18 años
- Edad máxima de ingreso: 89 años y 364 días.
- Edad máxima de permanencia: Hasta que se termine el crédito, el contrato que dió origen al otorgamiento del cupo rotativo de crédito, según corresponda y el asegurado cancele el saldo de la deuda con el tomador.

6. PERIODO DE CARENANCIA

- Para la cobertura de Muerte por Cualquier Causa, Incapacidad Total Permanente y Anexo de Compra Protegida: No se establece periodo de carencia.
- Para las coberturas de Anexo de Desempleo Involuntario, Anexo de Incapacidad Total Temporal y Anexo de Enfermedades Graves: Treinta (30) días.

8. VIGENCIA INDIVIDUAL DEL SEGURO

La vigencia individual del seguro para cada deudor iniciará desde el momento en que TUYA S.A. haga el desembolso del crédito o el cliente utilice el cupo de crédito y estará vigente hasta:

- El vencimiento del plazo del crédito, incluyendo los días o meses adicionales por cuotas residuales, ó
- Hasta que se dé una terminación del contrato de apertura de crédito y el asegurado cancele el saldo de la deuda con el tomador.

9. VALOR DE LA PRIMA Y FORMA DE PAGO

9.1. VALOR DE LA PRIMA

Importante:

- El IVA de éste producto se encuentra desactualizado como consecuencia de los cambios introducidos por la Ley 1819 de 2016 de "Reforma Tributaria". Por lo anterior, tenga presente que el IVA del 16% se actualizará al 19%.
- El aumento del valor asegurado operara a partir de la fecha en la cual se incrementa el valor de la prima.

10. FORMA DE PAGO DE LA PRIMA

El pago de la prima será asumido por cada asegurado, esta será cargada al producto financiero adquirido.

11. TERMINACIÓN

El seguro podrá terminar cuando suceda cualquiera de las siguientes causas:

1. Mora en el pago de la prima.
2. Cuando el asegurado cumpla la edad máxima de permanencia en el seguro.
3. Imposibilidad para cargar y/o debitar el pago de la prima de seguro, del producto financiero seleccionado.
4. Revocación unilateral, mediante noticia escrita o verbal de parte del asegurado.
5. Revocación unilateral mediante noticia escrita por parte de CARDIF sobre los amparos indemnizatorios.
6. Muerte del asegurado.

12. REVOCATORIA UNILATERAL

De conformidad con lo previsto en el artículo 1071 del código de comercio el tomador podrá revocar la presente póliza en cualquier tiempo, pero deberá dar aviso escrito a CARDIF sobre tal determinación con una antelación no menor de ciento veinte (120) días a su fecha de efecto, sin que en ningún caso haya lugar al pago de indemnización alguna.

Así mismo, CARDIF sólo podrá revocar en cualquier tiempo los amparos indemnizatorios, estos son: (i) Anexo de Desempleo Involuntario, (ii) Anexo de Incapacidad Total Temporal, (iii) Anexo de Enfermedades graves, y (iv) Anexo de Compra Protegida. Estos amparos podrán revocarse en cualquier tiempo, pasado el primer año del seguro, para esto será necesario dar aviso por escrito al tomador sobre tal determinación con una antelación no menor a ciento veinte (120) días a su fecha de efecto.

12.1. REVOCACIÓN DE CERTIFICADOS INDIVIDUALES.

CARDIF sólo podrá revocar en cualquier tiempo los amparos indemnizatorios, estos son: (i) Anexo de Desempleo Involuntario, (ii) Anexo de Incapacidad Total Temporal, (iii) Anexo de Enfermedades graves, y (iv) Anexo de Compra Protegida. Para esto será necesario dar aviso por escrito al tomador sobre tal determinación con una antelación no menor a sesenta (60) días a su fecha de efecto.

13. DOCUMENTOS PARA LA RECLAMACIÓN

De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 1077 del Código de Comercio, a usted como asegurado le corresponderá demostrar la ocurrencia y cuantía del siniestro. Por tal razón para afectar la(s) cobertura(s) descrita(s) en este seguro, será necesario que en cada reclamación se entreguen además del Formulario de Declaración de Siniestro debidamente diligenciado y firmado por el asegurado y la cédula de ciudadanía del asegurado ampliada al 150%. En caso de Muerte por Cualquier Causa se requiere la fotocopia ampliada al 150% del documento de identidad de los beneficiarios y los siguientes documentos:

I. Para Muerte por Cualquier Causa

- Copia del registro de defunción;
- Copia del acta de levantamiento de cadáver o certificación de la fiscalía que indique fecha de accidente y datos del asegurado o certificación de la institución médica en la cual conste que la muerte fue accidental.

II. Para Incapacidad Total Permanente

- Original o Copia del dictamen de invalidez de la Junta Regional o Nacional de Calificación en el que conste causa de la invalidez, porcentaje de invalidez y descripción de disminución. Para el sector Fuerzas Militares y Policía, original o copia autenticada del dictamen de invalidez emitido por la junta de calificación facultada para tal efecto para el caso de las fuerzas militares y/o de policía nacional.
- Original o copia de historia clínica u original o copia de certificados médicos de ingreso a entidad hospitalaria donde certifican la ocurrencia del hecho que origina la incapacidad total y permanente.

III. Para Desempleo Involuntario

- Original o copia del documento en el que conste la terminación de la relación laboral, en el cual se especifique el tipo de contrato laboral fecha de inicio y terminación del contrato y la causa de terminación del mismo o carta de despido detallando dicha información.
- Original o copia del documento en el que conste la liquidación de salarios y prestaciones sociales.
- Sí la vinculación laboral se realizó a través de un contrato por obra o labor, se requiere el aporte del contrato y la carta de terminación.

IV. Para Incapacidad Total Temporal

- Certificados y exámenes médicos, en original o copia, que acrediten la incapacidad total temporal por 15 días o más. estos certificados y exámenes deben ser emitidos por las entidades o médicos mencionados en la descripción de cobertura. Se advierte que los certificados de incapacidad informales no serán tenidos en cuenta dentro de la reclamación.
- Certificado de vinculación al sistema de seguridad social del mes inmediatamente anterior.

V. Para Enfermedades Graves

- Certificados y exámenes médicos, en original o en copia, del dictamen médico en que conste el tiempo de evolución y fecha de diagnóstico de la enfermedad, expedidos por el médico tratante, afiliado a la EPS, ARL, póliza de salud, régimen subsidiado o médico especialista en medicina ocupacional o médico afiliado a la medicina prepagada del asegurado.

- Exámenes que comprueban el padecimiento de la enfermedad (biopsia, radiografías, etc.)

VI. Para Compra Protegida

Cuando la pérdida ocurra a consecuencia de un hurto calificado, el asegurado deberá aportar:

- (i) Denuncio penal presencial en el que conste la descripción de los hechos, el día, la hora y el lugar en el cual ocurrió el hecho, (ii) factura o documento en el cual sea posible evidenciar la compra y el costo del bien adquirido, original o copia del Voucher de la tarjeta débito o crédito donde aparezcan todos los detalles de la compra realizada como fecha, hora, entre otros. Si no se tiene dicho documento certificación expedida por el banco donde aparezca esta información.
- No se aceptarán las constancias de pérdidas de documentos y/o elementos diligenciadas a través de la página de la policía nacional link: <http://webbrp.policia.gov.co/publico/Constancia.aspx>

Cuando la pérdida ocurra a consecuencia del daño o avería del bien, el asegurado deberá aportar:

- (i) Documento o carta elaborada por el asegurado en el cual se describan los hechos, el día, la hora y el lugar en el cual ocurrió el daño, (ii) factura o documento en el cual sea posible evidenciar la compra y el costo del bien adquirido, original o copia del Voucher de la tarjeta débito o crédito donde aparezcan todos los detalles de la compra realizada como fecha, hora, entre otros. Si no se tiene dicho documento certificación expedida por el banco donde aparezca esta información.

Importante:

- CARDIF podrá solicitar cualquier otro documento necesario para definir su reclamación, así mismo, cuando usted o los beneficiarios no posean los documentos mencionados, podrán aportar cualquier medio probatorio previsto en la ley, siempre y cuando sea idóneo, pertinente y conducente para probar el siniestro.

11.1. PASOS PARA REALIZAR LA RECLAMACIÓN

Cuando usted cuente con la totalidad de documentos enunciados para la reclamación, le solicitamos muy amablemente remitir dicha documentación por cualquiera de los siguientes medios:

- En físico en cualquier sucursal u oficina de la entidad financiera TUYA S.A.

Una vez enviada la documentación completa, CARDIF procederá a resolver la reclamación

12. FACULTAD DE DEVOLUCIÓN DE LA RECLAMACIÓN

CARDIF podrá devolver una reclamación cuando la misma carezca de la documentación y/o información solicitada como prueba para acreditar la ocurrencia del siniestro y la cuantía de la pérdida, cuando sea necesario.

Cuando se efectuó la devolución de la reclamación, se informará cuáles son los documentos que se requieren para la resolución de la reclamación. En este evento, el reclamante podrá presentar una nueva solicitud con los respectivos documentos que acrediten la ocurrencia de las situaciones descritas en el presente seguro.

14. PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

Usted como asegurado, al solicitar o autorizar la contratación de este seguro, manifiesta que toda la información suministrada a través de la solicitud correspondiente es veraz y comprobable, y autoriza expresamente para los fines de la contratación del seguro a CARDIF y al tomador para efectuar todo tratamiento de su información personal, necesario para el cumplimiento de sus deberes legales y contractuales pudiendo, compartir información del asegurado con el tomador de la póliza, así como también, cuando ello se haga indispensable para el desarrollo

del contrato de seguro o para cualquier operación que le resulte afín, complementaria o asociada, revelar o encargar, bajo su responsabilidad, información a terceros tales como proveedores tecnológicos, operadores logísticos o reaseguradores en Colombia o en el exterior. Adicionalmente, el asegurado autoriza transferir y transmitir sus datos personales con terceros a nivel nacional o internacional. Esta transferencia o transmisión se presentará cuando sea necesaria para la ejecución del contrato de seguro.

Para fines estadísticos y/o de valoración de riesgo el tomador y/o asegurado autorizan a CARDIF para efectuar consultas y reportes de su información personal dirigidos a centrales de riesgo financiero, a autoridades públicas competentes, y a organismos gremiales del sector financiero y asegurador, así como también a consultar fuentes de información disponible públicamente.

Usted en calidad de asegurado se obliga a informar oportunamente todo cambio y/o actualización e información personal suministrada a CARDIF. El asegurado podrá conocer, actualizar o modificar sus datos comunicándose a las líneas de atención al cliente o acceder a políticas, a través de la página web WWW.BNPPARIBASCARDIF.COM.CO enlace "Protección de datos personales".

Donde aplique, y siempre que los mismos no resulten indispensables para el desarrollo del contrato de seguro no será obligatoria la revelación de datos sobre orientación política, sexual, religiosa, filosófica, raza, de menores, o en todo caso datos legalmente considerados como sensibles.

15. DEFENSOR DEL CONSUMIDOR FINANCIERO

Señor (a) asegurado (a), recuerde que usted podrá acudir al defensor del consumidor financiero si lo considera necesario, para ello tenga en cuenta la siguiente información:

Defensor Principal. José Federico Ustáriz González.

Defensor Suplente. Luis Humberto Ustáriz González.

Correo Electrónico: defensoriacardif@ustarizabogados.com

Telefax: 6108161 Y 6108164.

Dirección: Carrera 11A # 96 - 51 Oficina 203 Edificio Oficity Bogotá D.C.

Horario de Atención: 8:00 A.M. A 6:00 P.M. Jornada Continua.

16. LINEA DE ATENCIÓN AL CLIENTE

Cualquier inquietud o duda, por favor comuníquese a las líneas de servicio al cliente, CARDIF con gusto lo atenderá.

- A nivel nacional: 018000944888
- En Bogotá D.C: 7455420

ASEGURADOR
CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A

Todo lo no previsto en el presente documento se regirá por el Código de Comercio.

**CARDIF SE COMPLACE EN TENERLO A USTED COMO CLIENTE Y ESPERA QUE SE SIENTA SATISFECHO
CON LOS SERVICIOS OFERTADOS EN ESTE SEGURO.**

